

ANNÉE 1934

No

570

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

Alberto SANCHEZ PUYANA

de la Faculté de Médecine de Paris

Né à Bucaramanga (Colombie), le 27 Juillet 1905

DE LA CHIRURGIE PLASTIQUE MAMMAIRE

**De ses indications
et de ses contre-indications**

Président de Thèse : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934

ANNÉE 1934

N°

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Alberto SANCHEZ PUYANA

de la Faculté de Médecine de Paris

Né à Bucaramanga (Colombie), le 27 Juillet 1905

DE LA

CHIRURGIE PLASTIQUE MAMMAIRE

**De ses indications
et de ses contre-indications**

Président de Thèse : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... G. ROUSSY

MM.

Anatomie	MM. ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	LENORMANT.
Clinique des maladies infectieuses.....	CUNEO.
Clinique chirurgicale.....	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
Clinique gynécologique	OMBRÉDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédic	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale.....	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	PIERRE DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SERGENT.
Clinique propédeutique.....	LÉON BERNARD.
Clinique de la Tuberculose.....	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.....	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie médicale.....	BERNARD ETIENNE.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Pathologie chirurgicale.....	BROCQ.
Histologie	BULLIARD.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie n.édicale.....	DONZELOT.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GALLIARD.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES.
Physiologie	GAYET.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Obstétrique	LACOMME.
Obstétrique	LANTUEJOUL.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie expérimentale.....	LEMAIRE
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pharmacologie	Mlle LEVY.
Neuro-psychiatrie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Physiologie	RICHET
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale.....	SENEQUE.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie expérimentale.....	TROISIER.
Pathologie médicale.....	TURPIN.
Pathologie médicale.....	VALLERY-RADOÛ.
	(Pasteur).
Ophtalmologie	VELTER.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale.....	WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique.....	LE ROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale	ABRAMI. AUBERTIN. BRULÉ. CHIRAY. DUVOIR. HARVIER. LIAN.
Clinique obstétricale	GUENIOT. LE LORIER. LEVY-SOLAL. METZGER.
Clinique chirurgicale	BASSET. CADENAT. HEITZ-BOYER. MOCQUOT. MOURE. SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Stomatologie	FREY.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Père
le Docteur ENRIQUE SANCHEZ C.

A la mémoire de ma chère Mère

*Très faible hommage de mon
amour filial.*

A ma tante, Madame ISABEL DE VOLKMANN

*Témoignage de ma reconnais-
sance et de mon affection.*

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

*Témoignage de mon attache-
ment.*

A Mademoiselle ISABEL DELIANCE

Très affectueusement.

A TOUS LES MIENS

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur JEAN-LOUIS FAURE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A L'HOPITAL BROCA

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PRÉSIDENT D'HONNEUR AU PREMIER CONGRÈS

INTERNATIONAL DE CHIRURGIE RÉPARATRICE, PLASTIQUE
ET ESTHÉTIQUE

En témoignage de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse.

A MON JURY DE THESE

A mon Maître

Monsieur le Docteur LOUIS DARTIGUES

EX-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS
DE PARIS

EX-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PRÉSIDENT FONDATEUR DE L'UNION MÉDICALE
FRANCO-IBERO-AMÉRICAIN

PRÉSIDENT FONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE CHIRURGIE RÉPARATRICE, PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE

*Qui nous a inspiré ce sujet de
thèse et qui a bien voulu nous
guider dans son exécution,
nous réservant toujours un
accueil bienveillant et nous
prodiguant ses conseils, fruit
de son savoir et de sa grande
expérience.*

*Qu'il veuille bien trouver ici
toute l'expression de notre
sincère gratitude.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE MONTPELLIER

A MES CAMARADES D'ETUDES

A MES AMIS

INTRODUCTION

Depuis quelques années, sous l'influence d'une civilisation plus exigeante et plus raffinée, la société est venue demander au chirurgien d'être aussi un ennemi de la laideur, et de modeler, tel un sculpteur, le corps, et de remédier certaines malformations congénitales ou acquises, comme celles traduisant une déchéance organique prématurée, de même que celles causées par les accidents devenus communs avec l'activité chaque jour grandissante de la vie actuelle.

Parmi les disgrâces que le chirurgien est appelé à corriger, celles des seins sont loin d'être rares. Dans l'évolution actuelle de la société, les besoins d'esthétique sont très grands : certaines positions sociales, certaines professions, exigent un ensemble harmonique sinon parfait, du moins suffisamment beau. La déchéance physique féminine se caractérise souvent par l'affaissement et la chute du sein, parfois prématurée et d'une façon exclusive sur le sein, constituant ce que Dartigues appelle la « disgrâce locale ».

Au chirurgien auront recours des femmes porteuses de ptoses mammaires plus ou moins prononcées, avec hypertrophie ou atrophie glandulaire, des asymétries, etc.

D'autres fois c'est des femmes chez qui leur disgrâce mammaire crée une hantise telle, que les obsessions surviennent vite, et s'il y a un délaissement, ou un emploi perdu (et même en dehors de ces compléments), ces malheureuses deviennent asthéniques, neurasthéniques, et même peuvent présenter des troubles psychiques.

Tout le monde sera donc d'accord sur l'utilité, sur la portée morale de cette chirurgie, car dans bien des cas elle a une réelle utilité au point de vue individuel et social. Refuserez-vous une opération à qui peut en trouver avantage pour sa situation, lorsque l'existence matérielle de la malade en dépend ? Et celles qui ont la hantise justifiée d'une déficience qui les amoindrit et porte tort à leur moral ? Et les neurasthénies profondes dont la cause est une disgrâce mammaire ? L'intervention apportera un double remède : à l'esprit et au physique.

Il est évident que dans bien des cas l'opération doit être refusée, et le chirurgien a le devoir de faire comprendre à sa patiente l'erreur où elle se trouve, et les chimères qu'elle a pu forger dans son imagination à la faveur du charlatanisme. Nous devons refuser l'opération si le jeu ne vaut pas le risque et s'il n'y a pas une réelle utilité au point de vue individuel et social.

Pour résumer, nous dirons avec Bourguet : « Je refuse toute opération dans deux cas : l'un qui est d'ordre psychique et l'autre d'ordre chirurgical que, seule l'expérience nous enseigne. D'ordre psychique, ceci concerne les clients. Certains sont vraiment malades

moralement et s'abandonnent à des préoccupations esthétiques inexistantes ou insignifiantes : ils ne relèvent que du psychiatre. D'ordre chirurgical, ceci relève de mon interprétation : même lorsque la disgrâce physique existe réellement, je n'opère pas si j'ai à faire à un névropathe à qui la correction esthétique réclamée n'apportera aucun apaisement donc aucune amélioration dans son état ».

Nous diviserons ce travail en VI chapitres : le premier concerne l'examen des malades; le deuxième contiendra la discussion en vue du procédé à employer; et l'exposé sommaire de ceux-ci. Dans le troisième nous passerons en revue les indications et contre-indications. Dans le quatrième nous parlerons des précautions à prendre, ainsi que des soins pré et post opératoires. Dans le cinquième la discussion des suites sera faite, et dans le sixième nous considérerons les résultats plastiques et les bons effets psychiques de l'intervention.

Mais avant de rentrer en matière nous tenons à remercier tous ceux qui nous ont aidé dans la réalisation de ce travail. Nous exprimons à notre maître le Docteur Louis Dartigues nos remerciements les plus vifs pour nous avoir guidé et inspiré au cours de ce travail.

Nous prions aussi la Direction du « Monde Médical » de croire à notre reconnaissance pour la complète bibliographie qu'elle a pu mettre à notre disposition.

Nous remercions aussi tous ceux qui de près ou de loin, nous ont aidé à finir ce travail.

CHAPITRE I

EXAMEN DE LA MALADE

Dans ce bref chapitre, nous n'avons pas la prétention de passer en revue la pathologie de la glande mammaire. Nous avons l'intention seulement de souligner certains détails d'examen qui constitueront un ensemble, d'où doit découler notre conduite à tenir vis-à-vis de chaque cas particulier.

Il est logique que pour corriger un défaut local, il est nécessaire d'estimer ce défaut :

1° Dans ses rapports avec l'ensemble des autres parties du corps, et 2° en lui-même.

Il est évident que le résultat sculptural ne pourra s'obtenir que sur une femme dont le reste du corps est suffisamment académique. Si à la disgrâce mammaire se surajoutent, par exemple, des bourrelets adipeux volumineux et multiples dans d'autres régions corporelles, ce n'est pas par une simple correction de la mamelle que l'harmonie sera rétablie.

En plus la taille de la patiente doit être mesurée; ce renseignement ayant son importance dans certains

cas. En effet, s'il s'agit de corriger le volume d'un sein, nous devons nous occuper de cette correction tout en visant le rétablissement des proportions normales avec le reste de l'organisme.

Par un interrogatoire bien conduit nous serons renseignés sur l'âge, les maladies antérieures, les fausses-couches possibles, le nombre d'enfants, l'allaitement, etc... Demandons depuis quand la patiente a été réglée; ces règles sont-elles normales ? Depuis quand elles ne le sont pas ?

Et avant de terminer cet interrogatoire, il faut pousser la curiosité un peu plus loin et aller chercher l'existence possible du cancer dans la famille de la malade. C'est un conseil de prudence préconisé par Dartigues, car il est risqué d'aller peut-être ébranler, par une intervention incomplète, un cancer en puissance. Si l'intervention est décidée, qu'elle soit faite; mais alors ce sera une intervention *radicale* (Dartigues), qui aurait non seulement le résultat esthétique, mais aussi qui mettrait la patiente à l'abri du danger du cancer.

Inspection. — D'abord générale pour nous rendre compte :

a) De la largeur des épaules contrastant ou non avec des bras plus ou moins ronds;

b) D'une clavicule plus ou moins saillante, osseuse, ou d'une poitrine bombée ou non à sa partie supérieure;

c) De l'existence d'acné, et en soulevant le sein, de

la présence d'intertrigo du pli sous-mammaire, fréquent dans les prolapsus;

- d)* D'une déviation possible de la colonne vertébrale;
- e)* Du développement anormal du système pileux.

En combinant inspection et palpation, cherchons, au niveau d'une ancienne cicatrice, la tendance à faire des chéloïdes.

Une fois ce coup d'œil général terminé, nous localiserons le regard sur le sein et en tirerons les renseignements suivants :

a) Etat de la peau : coloration, vergetures. En pinçant la peau entre le pouce et l'index, nous nous rendrons compte de son épaisseur.

b) Circulation collatérale;

c) Egalité des seins. Forme régulière ou non;

d) Commissures sternales plus ou moins rapprochées, symétriques ou non;

e) Commissure axillaire plus ou moins haute.

f) Dans les cas de transposition, la quantité d'étoffe doit être appréciée pour savoir la possibilité de l'intervention.

En ce qui concerne l'aréole, nous retiendrons :

a) Sa forme régulière ou non;

b) Sa couleur et ses limites plus ou moins nettes;

c) La présence de tubercules de Montgomery.

Pour le mamelon : le volume, la forme, l'affaissement plus ou moins marqué, la rétraction (réductible

ou non). L'existence ou non d'un suintement sanguinolent spontané, ou provoqué.

Ensuite, la malade sera placée en position horizontale (corps penché en avant), par cette manœuvre, nous verrons des seins évidés ou non à la racine, et nous constaterons également si le mamelon est en bonne position. Dartigues conseille la position horizontale en y ajoutant de faire porter les bras derrière le dos, ce qui rend les défauts plus visibles.

Palpation. — Elle sera faite en aplatissant le sein contre la paroi thoracique, seule façon de bien palper la glande.

Nous devons apprécier :

a) La sensibilité, la consistance, le volume de la glande;

b) L'existence ou non de tumeurs : uniques ou multiples, avec leur forme, leurs limites nettes, encapsulées, ou au contraire imprécises; leur indépendance, vis-à-vis de la peau et des plans profonds; leur indolence ou leur sensibilité; la consistance dure ou ramollie, etc.

c) La recherche méthodique des ganglions axillaires et sus-claviculaires est capitale. Il faut, autant que possible, se rendre compte de la manière d'apparition des ganglions : avec réaction générale, trainées de lymphangite superficielle, douleurs; ou au contraire à bas bruit, insidieusement. Chercher le degré de dureté de ces ganglions; leur indépendance ou leur adhérence aux tissus environnants; leur indolence, ou au contraire leur sensibilité à la palpation.

Dans les cas de prolapsus du sein, il est nécessaire de déterminer le degré, afin de choisir la méthode opératoire applicable à chacun des quatre degrés. Dartigues conseille un moyen simple mais suffisant pour cette détermination. Nous en parlerons au chapitre II.

Mesures. — Pour nous rendre compte plus exactement de la forme du sein, ainsi que des asymétries possibles, nous aurons recours aux mensurations que nous allons énumérer dans un instant.

Selon l'idéal du statuaire grecque, l'emplacement des mamelons forme avec un troisième point situé sur le manubrium sternal un triangle équilatéral à base inférieure. La détermination exacte de cet emplacement peut être faite à l'aide du mensurateur spécial de Dartigues; à son défaut, le même auteur trouve le bon emplacement à l'intersection d'une ligne horizontale qui passe à quatre travers de doigt au-dessous du pli de l'aisselle, et une verticale passant à l'union du tiers externe et du tiers moyen de la clavicule.

Nous prendrons également les mensurations suivantes :

- a) Distance du milieu de la clavicule au mamelon;
- b) Distance du pli axillaire au mamelon;
- c) Distance du pli sous-mammaire au mamelon (au moyen d'un centimètre flexible);
- d) Distance entre les deux commissures sternales;
- e) Rapport entre la commissure axillaire et la ligne axillaire moyenne;
- f) Diamètre des aréoles;

g) Périmètre de la poitrine au niveau du pli axillaire; et au niveau des seins, à ras des mamelons.

Il faut compléter l'examen par l'investigation de l'état psychique de la patiente, car de toute nécessité, il faudra s'abstenir de l'intervention chez des déséquilibrées qui occasionnellement ont cristallisé leur angoisse permanente sur un petit défaut. Dans ces conditions, une opération même parfaitement réussie, ne leur sera nullement profitable car l'inquiétude renaîtra au sujet par exemple, de la cicatrice inévitable.

Il va sans dire qu'un examen minutieux ayant pour but de dépister des contre-indications tenant aux affections organiques générales sera fait. Par conséquence: le cœur, le rein, le foie, le poumon seront soigneusement examinés. On cherchera la (un B. W. sera fait en cas de doute). Le sucre et l'albumine seront recherchés dans l'urine et l'urée sanguine sera recherchée avant de décider l'intervention.

CHAPITRE II

DISCUSSION EN VUE DU CHOIX DU PROCÉDÉ A EMPLOYER ET EXPOSÉ SOMMAIRE DE CEUX-CI

Dans ce chapitre nous allons envisager :

I. — Les cas de prolapsus mammaire, s'accompagnant d'hypertrophie ou d'atrophie glandulaire.

II. — Les cas d'atrophie mammaire simple. Les cas d'hyperthrophie mammaire simple.

III. — Accessoirement :

a) L'incision esthétique des abcès du sein;

b) L'ablation esthétique des tumeurs bénignes du sein;

c) Anesthésie locale ou générale ?

I. — Dans les cas de *prolapsus du sein*, nous distinguerons, selon la classification de Dartigues, quatre degrés.

Il est nécessaire de déterminer le degré du prolapsus, afin de pouvoir choisir la technique opératoire convenable à chacun d'eux.

Dartigues préconise un moyen simple, mais suffisant, pour cette détermination : Il suffit de faire placer à la malade la main sous le sein, le bord cubital appliqué sous le pli sous-mammaire, et on pourra ainsi compter de deux travers de doigt à six ou d'avantage, pour fixer le degré du prolapsus.

A) PREMIER DEGRÉ, AFFAISSEMENT ET CHUTE SIMPLE

Dans ces cas plusieurs méthodes peuvent être appliquées, nous parlerons d'abord de la *mastoplastie et mastopexie par voie axillotomique* de Dartigues. Il faut se rappeler que les résultats ne seront pas permanents si l'on ne s'adresse pas à la glande elle-même, et si on n'essaie pas de la fixer aussi largement que possible aux plans subjacents. Il faut donc :

- 1° Faire une véritable mastopexie glandulaire;
- 2° Obtenir une bonne sustentation cutanée;
- 3° Cacher la cicatrice dans les poils de l'aisselle.

Pour obtenir cela, l'auteur fait un petit plissé par incision en U dans le creux de l'aisselle, ce qui remonte le sein au niveau désiré, et fait profiter de la plaie pour chercher le grand pectoral et y attacher le prolongement axillaire de la glande au moyen de points profonds et avec des fils non résorbables.

Un autre procédé consiste à faire la résection de lambeaux cutanées semilunaires au-dessus de l'aréole, en une ou plusieurs fois, jusqu'à obtenir le relèvement nécessaire du sein. D'autres procédés existent

encore, et malgré la bénignité des interventions, qui se font à l'anesthésie locale, on doit se demander si elles valent la peine d'être faites, devant le peu de temps de durée des résultats.

B) PROLAPSUS DE DEUXIÈME DEGRÉ

Ce sont, avec ceux de troisième degré, les plus fréquents. Parmi les différentes techniques préconisées, nous nous arrêterons à celle préconisée par Dartigues, la *mastoplastie et mastopexie par incision sub-aréolaire verticale*, avec *fixation glandulaire mammo-pectoral après décollement sous-mammaire préalable*. Par conséquent, la technique consiste à faire une plicature cutanée verticale allant du pôle inférieure de l'aréole au pli sous-mammaire. Par la plaie on décolle la glande, on la repousse en haut et on la fixe au grand pectoral. La cicatrice vertical qui en résulte est peu étendue, et la forme du sein parfaite. On peut employer également avec succès la technique créée par Morestin dont nous parlerons tout à l'heure.

C) TROISIÈME DEGRÉ

Aussi fréquent que l'antérieur. Le procédé de choix à employer ici est celui de la *transposition de l'aréole et du mamelon par fenestration et incision curviligne horizontale*, excellent procédé dû au génial Morestin qui, le premier, présenta une communication à la Société de Chirurgie de Paris le 20 octobre 1909.

La position du mamelon et de son aréole ayant été préalablement fixée, on fait en ce point une résection circulaire. On libère ensuite l'aréole et le mamelon par une incision limbique peri-aréolaire. On fait une incision curviligne dans le sillon sous-mammaire et on décolle la glande. Celle-ci est alors déplacée vers le haut, de telle façon que son aréole et son mamelon viennent s'appliquer dans la fenêtre créée par la première résection : avec des petites pinces de Chaput on maintient momentanément cette position. C'est alors que l'on procède à la mastopexie au plan musculaire pectoral, faite avec du fil non résorbable.

Une série de points de suture assure la mise en place et l'adaptation aréolaire. Il ne reste qu'à fermer la plaie curviligne inférieure en réséquant toute la peau en excès. Le résultat plastique peut et doit être parfait, mais au prix d'une longue cicatrice curviligne, dont la qualité n'est pas toujours excellente et demande parfois des retouches ultérieures. Il est vraie aussi que la transformation d'un sein très déformé en un sein presque parfait, compense largement ces inconvénients.

Il existe ici la grande difficulté de réaliser au bistouri des incisions circulaires parfaitement régulières dans leur forme, à section nette et sans déchiqueter les tissus. En effet, le mamelon et l'aréole au fur et à mesure qu'on les découpe se rétractent concentriquement, tandis que la peau se rétracte d'une façon exentrique. A cela on peut remédier par l'inciseur circulaire de Dartigues, ou par celui de Lagarde, qui ont

l'avantage non seulement de donner des incisions parfaites, mais aussi de les faire en quelques secondes. Axhausen, de Berlin, conseille de tailler la fenêtre pour l'aréole qui va être transposée, obliquement en bas et en dedans; le poids du sein ramenant en peu de temps, par sa traction habituelle en bas et en dehors, l'aréole à une forme circulaire normale.

Ce procédé de Morestin s'applique surtout à des seins atteints d'hyperthrophie et pendants mais fermes, et à des seins allongés flacides et en partie vides. Dans le premier cas il ne faut pas tenter le soulèvement de toute la masse, il faut réséquer une bonne partie de la glande et repousser le reste sous la peau dans l'emplacement du mamelon. Dans le second cas, Dartigues conseille de réséquer surtout beaucoup de peau, en faisant très attention d'éviter les trainées vasculaires nourricières, car alors le sphacèle peut survenir.

C'est le procédé de choix chez les femmes mûres, mais aussi chez les jeunes et même chez les vierges qui sont porteuses de seins longs, vides et flacides, car en plus du résultat esthétique, souvent la fonction endocrinienne de la glande en est améliorée.

D) QUATRIÈME DEGRÉ

Nous voilà devant ces prolapsus géants du sein, véritable infirmité, *disgrâce locale* (Dartigues) contre laquelle il est possible de lutter efficacement, et il est légitime de le faire non seulement parce que on

redonne ainsi de la jeunesse, mais aussi par ce que, en dehors du résultat esthétique, il faut admettre que ces femmes font aussi un retour à la santé, car le retentissement sur l'organisme de ces véritables tumeurs se manifeste non seulement sur le physique, mais aussi sur le psychisme sous forme parfois de véritable état obsessionnel pouvant devenir dangereux pour l'individu.

Pour Dartigues, il est inutile d'espérer des chances de succès du modelage de ces seins, et il opine que c'est d'aller au devant d'un échec, ou du moins à un résultat esthétique très mauvais; il préconise comme méthode de choix de s'adresser à une intervention radicale : l'ablation totale de ces seins monstrueux par la *mammectomie bilatérale totale avec greffe libre préalable de l'aréole et du mamelon*, procédé qu'il a appliqué le premier.

Avant de décrire ce procédé, nous devons rappeler les critiques qui se sont dressées contre lui. Passot notamment affirme, qu'aussi bien dans les cas d'hypertrophie avec ptose considérable, que d'atrophie, il y a presque toujours des troubles de l'équilibre glandulaire endocrinien qui s'améliorent après une intervention conservatrice; c'est une raison, dit-il, pour ne pas pratiquer la mammectomie totale bilatérale. L'auteur soutient encore qu'il faut s'en tenir à la méthode conservatrice, car il a vu après l'ablation bilatérale des seins, des troubles physiologiques apparaître, de l'ordre de ceux qui suivent les ovariectomies doubles. Passot ajoute, et se dit convaincu, que la transforma-

tion morale des opérées repose sur une base physiologique : la stimulation endocrinienne.

Mais Dartigues, avec des exemples à l'appui (voir bibliographie) n'a eu chez ses opérées aucune modification physiologique regrettable. Après l'opération, les règles ont toujours été normales comme abondance et durée, le sens génital n'a pas été modifié ni en plus ni en moins après la mammectomie bilatérale.

Dartigues a fait des expériences sur les animaux avec le Docteur Didry au laboratoire de chirurgie expérimentale du Docteur Serge Voronoff au Collège de France. Il a enlevé chez une chienne les glandes mammaires en bloc, la guérison s'est faite vite et bien. Couverte quelques mois après, la chienne a mis bas des petits bien portants, et rien d'anormal n'a été constaté.

Nous verrons des exemples cliniques dans un chapitre ultérieur. En tout cas Dartigues affirme que la mammectomie bilatérale qui a *surtout son application chez les femmes mûres*, n'est pas dangereuse chez elles, ni chez les femmes jeunes. La technique de cette intervention, que nous répétons s'adresse surtout aux grosses hypertrophies, à ces véritables tumeurs gênantes et volumineuses qu'il n'est pas rare d'observer, est simple dans son deuxième temps. En effet,, l'amputation du sein se fait comme dans les cas de néoplasme, elle est d'une exécution d'autant plus rapide qu'il n'y a pas à faire ici le curage ganglionnaire de l'aisselle. Le premier temps, c'est-à-dire l'auto-greffe de l'aréole et du mamelon, est le plus délicat, et

celui qui demande le plus de minutie, car du succès de cette greffe dermo-épidermique dépend la réussite esthétique de l'intervention.

Il faut donc tenir présent que :

a) Il est indispensable de faire la greffe avant l'amputation;

b) Il faut préparer le lit de la greffe en ne faisant pas une fenêtre totale à la peau réceptrice, mais en y ménageant une surface dermique où l'aréole aura la possibilité d'adhérer et de vivre. La graisse adhérente à l'aréole et son mamelon sera soigneusement enlevée.

Au bout de dix à douze jours cette greffe aura pris; elle n'a besoin, pendant quelques jours encore, que d'être surveillée.

Dufourmentel préconise le procédé de Morestin que nous avons exposé à propos des prolapsus de troisième degré, mais il convient que, dans certains cas, la mammectomie totale peut être l'opération optima.

Nous pouvons donc résumer et dire que dans les cas de ptose énorme, constituant une véritable infirmité, il est préférable, s'il s'agit d'une femme déjà âgée, de faire la mammectomie bilatérale avec auto-greffe préalable de l'aréole et du mamelon, comme le conseille Dartigues. Chez les femmes jeunes les auteurs préfèrent le soulèvement simple du sein avec transport de l'aréole et du mamelon, selon la méthode de Morestin-Aubert.

II. — *Atrophie mammaire*

L'atrophie mammaire est une insuffisance plastique qui s'accorde mieux aux goûts de la majorité des femmes, de sorte que les cas à corriger sont plus rares. Cependant il y a des cas où le défaut est insupportable : 1° Lorsque l'atrophie est accompagnée de ptose marquée; dans ce cas les mamelles ont l'aspect de sacs cutanés vides, flétris, dans lesquels on découvre avec difficulté quelques vestiges glandulaires.

2° Dans les cas d'atrophie unilatérale; ici, comme on peut facilement le comprendre, la disgrâce est très apparente et même visible à travers les vêtements, et encore pire si l'autre sein est hypertrophié. Nous devons remarquer que cette atrophie peut être aussi consécutive à un accident; par exemple à une osteite costale, à un traumatisme provoquant un hématome. D'autres fois c'est une faute chirurgicale qui est en cause : une incision pour abcès profond du sein faite n'importe comment, sans se soucier du respect dû au pédicule vasculo-nerveux et galactophorique, entraînera la rétraction du mamelon et l'atrophie consécutive de la glande.

Pour remédier à cette disgrâce, certains auteurs ont recours aux différentes méthodes de plastique cutanée décrites au cours de ce chapitre. D'autres y ajoutent soit la prothèse par substance exogénétique dit soit en passant (doit être condamnée), soit la prothèse par greffe graisseuse dont nous allons parler, (modif.)

Pour Passot, on doit faire plusieurs prélèvements fragmentaires de graisse à travers de petites incisions cutanées (de deux à trois centimètres), en quatre ou cinq places différentes dans les régions fessière et abdominale. Les petites incisions et la modicité de chacun des prélèvements, évite la création de dépressions localisées. D'ailleurs un seul prélèvement massif se nécroserait vite, et par contre un prélèvement trop minime se résorberait trop vite; donc, il vaut mieux diviser le greffon en deux ou trois portions moyennes. Ces greffons doivent être logés dans l'espace rétro-mammaire. En cas de greffe unilatérale il faut songer à une résorption partielle, par conséquent on doit faire une hypercorrection qui sera environ d'un tiers.

Hypertrophie mammaire simple

Ce sont des seins dont la structure glandulaire est modifiée, elle est soit adénomateuse, soit fibroscléreuse. Au moment des règles, ces glandes malades sont le siège de phénomènes de mammite menstruelle : le sein devient douloureux, on observe une augmentation de la circulation collatérale et même, quelquefois, la tuméfaction des ganglions de l'aisselle.

Pouvant devenir trop gros pour constituer une entrave à la vie active, ils sont dans ce cas justiciables de l'intervention. Le mamelon se trouvant en bonne place, il n'y a lieu que de faire une résection glandulaire partielle par voie sous-mammaire. Cela n'empêche que l'hyperplasie, garde la tendance de se r pro-

duire; en effet on observe une augmentation à chaque période menstruelles; on pourrait donc envisager, et nous pensons ainsi, que dans certains cas extrêmes c'est à la *mammectomie bilatérale totale* qu'il serait préférable de s'adresser. —

L'incision esthétique des abcès du sein

En deux mots nous dirons que cette incision sera réservée aux abcès profonds. On pourra employer l'*incision sous-mammaire* préconisée par Bohler, qui a encore l'avantage de drainer en un point déclive.

Ablation esthétique des tumeurs bénignes

Lors d'une intervention curatrice et esthétique pour tumeur bénigne du sein, il faut, comme le recommandait Morestin, extirper la tumeur par voie sous-mammaire afin de ne pas laisser de cicatrice visible.

Mais cacher la cicatrice n'est pas tout, il faut encore respecter la forme générale de la glande. Ceci revient à dire qu'il est indispensable d'éviter toute section canaliculaire, vasculaire ou nerveuse importante, car elles sont d'autant plus déformantes qu'elles sont plus considérables (Passot). La section doit être intra-glandulaire et aussi courte que possible, c'est-à-dire, n'attaquer la glande que juste en face de la tumeur, après décollement, (et non aller droit dessus en partant de l'incision sous-mammaire), et, en suivant un trajet direct intra-glandulaire (Passot). Il est indispensable

encore d'aborder la tumeur par son bord périphérique, car on évite ainsi la section des canaux principaux. L'oubli de ces précautions expose à la rétraction du mamelon et à l'affaissement ultérieur de la glande.

Lors de l'énucléation de tumeurs kystiques on doit capitonner la poche au catgut, pour éviter l'hématome post opératoire possible.

Dans les cas de maladie Kystique de Reclus ou de Kystes multiples, il est préférable d'enlever la totalité d'un lobe glandulaire, car de trop nombreuses enucléations font des ponts glandulaires qui peuvent fondre et on observe alors la *cystostéatonécrose* de Lecène et Mondor.

Anesthésie locale ou générale ?

Avant de terminer, il nous semble opportun de dire un mot sur le choix de l'anesthésie.

Dans la majorité des cas, l'anesthésie locale est suffisante. Mais il faut employer des solutions de novocaïne très faibles (1/300), pour éviter les accidents d'intoxication novocaïnique; et en plus la quantité d'adrénaline doit être faible (III gouttes par ampoule de 50 c.c. de solution novocaïnique), pour éviter le redoutable pouvoir ischémiant de l'adrénaline au niveau des lambeaux et des zones décollées, car l'insuffisance d'irrigation des premières heures peut produire des accidents tels que le sphacèle.

Dans les interventions laborieuses et longues l'anesthésie locale devient pratiquement moins recommandable; car d'une part il est presque impossible d'anes-

thésier parfaitement toute une région qui nécessitera des grands décollements, des déplacements en masse, etc. D'un autre côté, la quantité de solution anesthésique nécessaire frise la dose maxima tolérable, au point d'obliger à intervenir en deux séances, ce qui nuit ou rend plus difficile l'obtention d'un résultat esthétique parfait. En dehors de cela, il est plus malaisé de travailler sur une région déformée par l'infiltration de la solution anesthésique. Par conséquent, il apparaît que dans ces interventions il est préférable, et même moins dangereux, d'avoir recours à l'anesthésie générale.

CHAPITRE III.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

En chirurgie générale les considérations esthétiques passent au second plan lorsque la vie du malade est en danger, mais dans les cas bénins ces mêmes considérations deviennent importantes. C'est pourquoi nous avons une première indication dans l'ablation des tumeurs bénignes du sein, de même que dans l'incision des abcès profonds du même organe.

Avant de rentrer dans les cas de prolapsus, d'atrophie ou d'hypertrophie, il nous semble utile de faire quelques considérations sur la nécessité sociale des interventions dirigées contre ces disgrâces.

Nécessité sociale, car à notre époque le besoin de paraître jeune est de plus en plus impérieux ; combien de cas dans lesquels un emploi est perdu, combien de projets matrimoniaux évanouis à la faveur d'un défaut physique ! « L'indulgence chrétienne pour les disgraciés, le « baiser aux lépreux » ne sont plus de notre époque » (Passot). C'est là un fait regrettable, et nous devons mettre tous les moyens dont nous disposons pour parer à cette injustice.

Et que dire lorsqu'on assiste à la totale transformation de certaines opérées : des neurasthéniques incapables du moindre acte d'énergie, obsédées par sa disgrâce locale, renaissant à la joie de vivre après l'intervention ! Il est indiscutable qu'un défaut physique très marqué retentit plus ou moins tard sur le moral, ces obsessions cristallisées autour d'un défaut physique sont des plus fréquentes.

INDICATIONS

Prolapsus de premier degré. — En général l'intervention n'est pas justifiée, sauf si l'état psychique est atteint; parfois aussi si la profession l'exige. (Danseuses de music-hall par exemple).

Prolapsus de 2^e et 3^e degré. — Ici la disgrâce étant marquée et le résultat esthétique généralement excellent, la raison d'opérer est bien justifiée, d'autant plus que, dans bien des cas, la fonction glandulaire en est améliorée.

Prolapsus de 4^e degré. — Dans ce cas particulier la question est surtout de choisir la méthode à employer. Nous en avons parlé au précédent chapitre.

Atrophie mammaire simple, notamment dans l'atrophie unilatérale, ou dans celle coïncidant avec l'hypertrophie de l'autre sein.

Hypertrophie simple, lorsqu'elle devient une entrave à la vie active.

CONTRE-INDICATIONS

En premier lieu existent celles dépistées par un examen clinique complet, comme avant une intervention de chirurgie générale. En dehors de cela,

Une peau infectée, n'est pas une contre-indication permanente, il faut donc améliorer les téguments avant d'intervenir.

La tendance cheloïdienne marquée est une cause d'hésitation, car le résultat esthétique peut être compromis. Dans les cas où cette tendance paraît moins marquée, des précautions spéciales, qui seront exposées au chapitre IV, permettrons néanmoins une intervention jugée très utile.

Si l'atteinte psychique est une indication et une nécessité d'intervenir lorsqu'elle a suivi l'apparition de la disgrâce, et à condition que le chirurgien soit sûr de la réussite, par contre, on doit s'abstenir absolument lorsqu'il s'agit de déséquilibrées qui ont cristallisé occasionnellement leur angoisse permanente sur un petit défaut. L'intervention, même réussie, ne leur sera aucunement profitable; une raison d'inquiétude encore pire naîtra, par exemple, au sujet de la cicatrice inévitable.

CHAPITRE IV

A) PRÉCAUTIONS A PRENDRE

B) SOINS PRÉ ET POST OPÉRATOIRES

A) Nous allons dire un mot d'abord sur les précautions que le chirurgien est forcé de prendre pour se garantir contre les *injustices possibles de la justice*, car, comme le dit Dartigues « la Chirurgie Plastique et Esthétique est beaucoup plus dangereuse pour l'opérateur que pour l'opéré ». C'est une rançon du pionnier, qui doit lutter contre la routine d'une part, et contre le jugement de ceux qui veulent bien se donner la peine de juger une question, sans toute fois avoir la curiosité d'approfondir le sujet qu'ils prétendent juger.

Il est nécessaire par conséquent, de ne jamais entreprendre une intervention sans le consentement par écrit du mari, s'il s'agit d'une femme mariée, ou de la personne répondante légalement si elle ne l'est pas. Le chirurgien trouvera des formules d'autorisation et garantie dans le livre « Para-Chirurgie » de Dartigues. Le même auteur conseille de prendre la photographie du cas à opérer.

En ce qui concerne la patiente, il va de soi qu'elle doit être examinée au point de vue général, afin de dépister une affection contre-indiquant l'intervention.

Du point de vue des cas particuliers, nous ne parlerons plus des précautions en ce qui concerne l'ablation curative et esthétique des tumeurs bénignes, pas plus que celles concernant l'incision des abcès profonds du sein, qui ont été exposées au chapitre II.

Dans les cas de prolapsus mammaire prononcé, il faut se rappeler que cette chute, étant due d'une part au poids excessif de la glande par rapport à ses moyens de soutien, et ensuite au manque de tonicité des muscles qui s'insèrent sur le mamelon, (en effet les ptoses avancées s'accompagnent toujours d'aplatissement du mamelon et d'élargissement de l'aréole). Il faut donc diminuer le poids par une résection appropriée, aider dans certains cas à son maintien par une fixation aux plans subjacents, et corriger la statique mamelonnaire par la réduction de l'aréole et son déplacement.

Dans les cas où la résection partielle glandulaire sera nécessaire, il faut éviter les sections passant trop près du mamelon, car de la sorte on assure à celui-ci une vascularisation suffisante.

Dans les cas d'hypertrophie, où l'augmentation progressive de la glande est de règle, il est conseillé de « faire de tout petits seins » (Passot) pour obtenir un résultat durable.

Et avant de terminer, nous devons insister sur la grande importance de l'hémostase; c'est que bien des désastres auraient été évités par une hémostase parti-

culièrement soignée; en effet, il faut éviter le redoutable hématome, qui peut conduire à l'atrophie mammaire.

B) Soins pré et post opératoires

En Chirurgie Esthétique en général, et particulièrement en Chirurgie Esthétique du Sein, il y a une multitude de petits détails et de précautions qui ne doivent jamais être négligés, l'opération n'est pas tout pour réussir, et cette réussite dépend en grande partie de ces petits détails qu'au premier abord sembleraient parfois négligeables.

La première chose à faire avant d'intervenir c'est d'interroger la peau de la malade, et pour ce faire, on cherchera sur son corps une ancienne cicatrice (ou au besoin on en créera une par un petit coup de bistouri dans une région peu visible), afin de savoir si cette peau a de la tendance à faire des cicatrices chéloïdiennes, constatation que, dans des nombreux cas contre-indique l'intervention, ou du moins nécessite des précautions que nous mentionnerons dans un instant.

Ensuite il faut dessiner très soigneusement, soit à l'aide de la teinture d'iode, du nitrate d'argent, du bleu de méthylène, de la fuschine, ou d'un crayon dermatographique les courbes ou passera le bistouri, et dans les cas de transposition, ou de greffe aréolo-mamelonnaire le nouvel emplacement de ce mamelon, c'est-à-dire, à l'intersection d'une ligne horizontale qui passe à quatre travers de doigt au-dessous du pli de l'aisselle, et une verticale passant à l'union du tiers

externe et du tiers moyen de la clavicule. Pour certains auteurs, cet emplacement devra être un peu plus haut que la normale, car, par l'effet de la traction, le mamelon tend à s'abaisser de un à deux centimètres. Il faut ne pas oublier que ces repères seront faits en ayant soin de placer la malade assise ou debout, mais maintenant le torse très droit. On utilisera pour ces mesures les appareils mensurateurs de Dartigues ou de Madureira, qui facilitent ce temps capital.

Pour la désinfection de la peau, il faut compter sur sa fragilité, surtout marquée à la région sous-claviculaire. La teinture d'iode, quoique la plus employée, a donnée parfois des accidents, et même du sphacèle, surtout lorsque la peau a subi un décollement étendu; on peut donc parer à ce danger en dédoublant, ou mieux encore en diluant du tiers la solution du Codex (Passot). Pour l'enlever ensuite on utilisera l'alcool, ou de préférence l'oxycyanure de mercure. Actuellement en Amérique on préfère employer l'acriflavine en solution neutre, mais elle a l'inconvénient de s'altérer rapidement, environ en une semaine.

Une fois l'intervention terminée, on appliquera un pansement suffisamment serré pour assurer le maintien de la région opérée. Il faut changer le moins possible les pansements, et mobiliser au minimum les sutures, c'est une règle générale. Il ne faut pas croire, ou du moins promettre aux opérées, qu'elles pourront reprendre leurs occupations journalières dès le lendemain de l'opération. Il va de soi naturellement que le temps d'immobilisation au lit n'est pas le même lors-

qu'il s'agit, par exemple, d'une correction de ptose mammaire de premier degré (si elle a été jugée utile et nécessaire), ou d'une transposition de l'aréole et du mamelon pour prolapsus de troisième degré. Dans le premier cas il suffira d'un bon pansement, tandis que dans le dernier il sera prudent et nécessaire de garder le lit pendant tout au moins quelques jours.

Pour empêcher le pansement d'adhérer, et par conséquent d'éviter des petits arrachements des bords de la plaie au moment de leur changement, ce qui augmenterait la disgrâce de la cicatrice, il est bon d'interposer un corps gras approprié, tel que le tulle gras de Lumière, qui semblerait en plus activer la cicatrisation.

Les points de suture seront enlevés vers le neuvième jour, ceux de l'aréole plus tardivement. En passant soit dit que les agraffes ne peuvent être employées, on utilise le plus souvent des fils de lin très fin. . . .

Une fois les points de suture enlevés, et même avant, on doit surveiller la qualité de la cicatrice pour dépister la chéloïde, cette tumeur si redoutée d'une part, et surtout, par sa possible évolution vers la malignité, et en plus par ses effets désastreux sur la réussite esthétique de l'intervention. Heureusement nous sommes aujourd'hui bien armés dans la lutte contre cette redoutable complication, ayant à notre disposition les méthodes radiantés. Elles représentent, en effet, la méthode de choix, et c'est pour cela que nous citerons, que pour mémoire, les autres procédés, tels que : scarifications, électrolyse, neige carbonique, etc. Les

méthodes radiantes, *roentgenthérapie et curiethérapie* remplissent toutes les conditions désirables : en plus d'indolores, applicables malgré l'étendue de la cheloïde, à action rapide, elles donnent au point de vue esthétique entière satisfaction. Nous ne rentrerons dans les détails de leur application car ce n'est pas notre rôle; mais nous devons indiquer que, en présence d'une cicatrice suspecte il doit être fait un traitement préventif, qui a l'avantage de nécessiter moins de séances et d'intensité des radiations qu'un traitement s'adressant à une cheloïde déjà constituée.

Il nous reste à dire un mot de la culture physique et de la spiroscope post opératoire. Le docteur Dartigues y attache une grande importance et donne des raisons valables; en effet, par la culture physique, s'adressant surtout au développement des muscles pectoraux, on obtient un meilleur appui pour la glande, et par conséquent le résultat de la bonne position sera plus durable.

Par la spiroscope on obtient le développement antéro-postérieur du thorax, ce qui a son importance notamment dans les cas de mammectomie bilatérale, car le relief est amélioré et donne l'illusion des seins parfaits.

CHAPITRE V

DISCUSSION DES SUITES

Nous envisagerons principalement celles qui pourraient suivre la *mammectomie totale bilatérale*, car pour les autres interventions appliquées aux cas moins avancés il ne saurait être question, puisque la glande n'est pas enlevée, ou du moins ne l'est que partiellement.

Avant de considérer les différentes objections levées contre cette intervention radicale, nous tiendrons présent à l'esprit que ce n'est pas une glande normale, ou du moins encore valable, qui relève de cette méthode, mais des glandes qui n'ont plus de sécrétion, ou encore qui en ont une mais viciée. Bref, ce sont de véritables tumeurs que ne peuvent prétendre au même égard d'un organe moins profondément touché.

L'état actuel de nos connaissances sur la fonction endocrinienne mammaire ne nous permettant pas de pencher pour l'une ou l'autre des opinions, en ce qui concerne les suites physiologiques, nous nous contentons de passer en revue les arguments plaidant pour ou contre l'ablation mammaire totale.

Parlons d'abord des rapports réciproques de l'ovaire et de la glande mammaire. Les différents phénomènes observés au cours de la vie, tels que les poussées congestives des seins à l'époque des règles, l'augmentation de volume dès le début de la grossesse, etc., nous montrent l'existence d'une synergie ovaro-mammaire physiologique, et aussi pathologique, car, par exemple, le sein répond comme à une grossesse dans certaines tumeurs de l'ovaire, et régresse à la suite de l'ovariotomie. Cette synergie ovaro-mammaire est expliquée par un double mécanisme : un hormonien, démontré expérimentalement par Steinach et Kund Sand, et un second sympathique, dont les preuves cliniques ont été apportées par Giordano. Cette synergie ovaro-mammaire apparaît donc certaine et incontestable. Mais en ce qui concerne la synergie mammo-ovarienne, l'accord des opinions est loin d'être fait, puisque pour Scherback il y a atrophie utérine consécutive à l'ablation des mamelles, et pour Fedorov Schiffmann et Vystovel, l'injection d'extrait de glande mammaire provoquerai cette atrophie.

Cette synergie mammo-ovarienne nous apparaît encore obscure. Pour le Docteur Louis Dartigues son importance ne serait pas énorme. En effet, cet auteur possédant et ayant suivi depuis plusieurs années plus de cinquante observations personnelles de mamectomies, n'a observé aucune modification de l'abondance, ni de la durée de la menstruation.

En ce qui concerne l'influence de la mamectomie sur les futures grossesses, nous nous rapportons, d'une

part aux expériences faites sur des animaux, et enfin aux preuves cliniques : Leeneken et Pastiels ont observé une mammectomisée enceinte 8 mois après l'intervention, il ont constaté que la grossesse fut conduite à terme sans aucun incident, et que l'involution utérine ne présenta aucun retard. Le Docteur Dartigues également a vu plusieurs opérées devenir enceinte, et il n'a jamais observé de complications ni pendant la grossesse, ni durant l'accouchement, ni aux suites des couches.

Nous devons aussi parler très rapidement de l'influence sur l'involution utérine. Est-ce que cette régression est plus rapide et facile chez une femme allaitant au sein son enfant ? Les Professeurs Pinard et Cocq optent pour l'affirmative. D'autres auteurs disent le contraire. Contentons-nous de regarder le nombre de femmes ne nourrissant pas, sans pour cela présenter de graves troubles dans l'involution utérine.

On a parlé aussi du danger de l'absence de la lactation par suite de l'enlèvement de la glande. La physiologie nous enseigne que la graisse et la caséine du lait, sont formées dans l'intimité des cellules-glandulaires elles-mêmes, et par conséquence la suppression de ce tissu glandulaire ne peut donner de troubles généraux. Par contre, il nous reste le lactose que, lui, s'y forme par transformation du glycogène hépatique. Donc, l'organisme privé de la glande mammaire est dans l'impossibilité d'employer ce glycogène qui aurait dû être transformé en lactose, et cette surcharge de glycogène devra être éliminée. En effet, les expériences

de Paul Bert enlevant les mamelles chez des chèvres en lactation, produit une glycosurie intermittente, qui du reste disparaît rapidement. Leenekens et Pastiels ont pratiqué des analyses d'urine au moment de l'accouchement d'une femme ayant subi antérieurement la mammeetomie, et n'ont décelé aucune glycosurie. Cela montre le caractère tout à fait transitoire de cette glucosurie.

Nous venons d'exposer quelques raisons des partisans de la mammeetomie dans les cas, nous le disons encore une fois, où la glande est à l'extrême de sa déchéance.

Des opinions contraire, de ceux qui condamnent absolument cette intervention dans tous les cas, existent. Il y a des auteurs qui, paraît-il, auraient observé à la suite d'une mammeetomie bilatérale totale, des troubles physiologiques, disent-ils, « du même ordre et presque aussi graves qu'après les ovariectomies doubles » (Passot).

Nous voilà sur un terrain qui n'est pas complètement exploré; en effet, la fonction endocrine mammaire n'étant encore bien définie, nous croyons plus prudent de garder l'expectative, et de laisser au temps le soin de donner raison à l'un des deux courants actuels.

Le spectre de la tuberculose a été également invoqué. Schiffmann et Vystovel ont provoqué l'hypertrophie des surrénales par injection d'extrait mammaire, d'où hypersécrétion surrenalienne, favorable aux tuberculeux. D'un autre côté, Haff, suivant les travaux

d'Albderhalden, a traité avec quelque succès des tuberculeux par des injections d'acides aminés; et puisque, comme l'a montré Pellissier, de toutes les glandes à sécrétion interne c'est la mamelle qui en renferme d'avantage, il semblerait que l'ablation de cette glande favoriserait l'éclosion d'une tuberculose. En tout cas, ce danger vis-à-vis de la tuberculose ne serait à redouter qu'en face de l'ablation d'une glande saine, à sécrétion normale, ce qui n'est le cas ici, car une glande mammaire relevable de l'exérèse totale est une glande pathologique dont la sécrétion n'existe plus, ou encore, ce qui est plus fâcheux, qui présente une sécrétion viciée.

En ce qui concerne le cancer, nous pouvons faire le même raisonnement, et nous pouvons dire, encore une fois, que, cette glande qui est malade pour pouvoir mériter la mammectomie, est plutôt un danger, et que l'ablation ne peut que parer à ce danger.

CHAPITRE VI

RÉSULTATS PLASTIQUES

RÉSULTATS PSYCHIQUES

RÉSULTATS PLASTIQUES

Considérons tout d'abord les résultats obtenus dans les cas de prolapsus mammaire à ses divers degrés :

a) Prolapsus au premier degré : Dans ces cas, quoique la disgrâce n'est pas très apparente, nous devons néanmoins l'envisager car, comme nous l'avons vu au cours des chapitres précédents, il y a des cas où l'intervention est justifiée. Il est vrai que la disgrâce n'est pas énorme et que la cicatrice consécutive est un inconvénient tout au moins aussi gênant que le défaut corrigé.

Si on emploie la *mastoplastie et mastopexie par voie axillotomique*, le résultat est bon en ce qui concerne la ptose, quoique le sein est un peu dévié en dehors; la cicatrice axillaire est moins intéressante si la femme a l'habitude de se raser, usage assez répandu aujourd'hui.

La résection annulaire des téguments dans la zone péri-aréolaire a l'inconvénient de produire des fronces autour du mamelon.

b) Ptose au deuxième degré : la mastoplastie et mastopexie par incision sub-aréolaire verticale donne une forme parfaite, le mamelon est projeté en haut et en avant, et l'étalement transversal du sein est corrigé, la cicatrice verticale sous-mammaire est peu visible.

c) Prolapsus au troisième degré : la mastoplastie et mastopexie par transposition aréolo-mammaire donne un résultat esthétique excellent, le seul inconvénient est la double cicatrice : une sous-mammaire, dissimulée dans le pli intérieur du sein; l'autre péri-aréolaire, heureusement placée à la jonction de deux zones de pigmentation inégale, peau et aréole, et ne se traduisant que par une ligne de démarcation assez brusque.

d) Prolapsus au quatrième degré : nous venons de parler du résultat obtenu par le procédé de Morestin. Dans les cas où la Mammectomie totale bilatérale avec greffe aréolo-mamelonnaire libre aurait été jugée préférable, on pourrait penser que les opérées ne gardent aucun relief; or il n'en est rien : le relief est suffisant pour donner l'illusion des glandes, et la greffe aréolo-mamelonnaire contribue à donner cette illusion. On pourrait croire au premier abord que cette greffe libre doit aller fatalement à l'échec. Néanmoins il y a une forte proportion où la prise de la greffe est par-

faite; et c'est compréhensible car d'abord il s'agit d'une auto-greffe, condition la plus favorable pour espérer le succès. En plus, nous devons tenir présent à l'esprit que le lit dermique bien préparé est largement vascularisé, condition d'une capitale importance pour l'avenir du greffon.

Les causes des échecs ? C'est sans doute une question de terrain d'abord : états prétuberculeux, peut-être aussi hérédosigma; mais aussi c'est une question où l'âge doit rentrer en ligne de compte : le temps diminuant la vitalité tissulaire.

Un fait vraiment curieux c'est la réapparition d'une certaine sensibilité, et même on a pu constater quelques cas où la sensibilité élective du mamelon est réparée. (Dartigues).

Atrophie mammaire simple : la greffe graisseuse donne des résultats assez bons et durables, en ayant soin de prendre les précautions dont nous avons parlé au chapitre II.

Hypertrophie mammaire simple : Ici le résultat est bon, mais nous répétons le conseil de Passot : « Il n'est qu'une façon de réduire radicalement des seins géants, c'est d'en faire de tout petits seins ».

En ce qui concerne l'incision esthétique des abcès profonds du sein et l'ablation des tumeurs bénignes du même organe, la question a été exposée au chapitre II.

Avant de terminer, nous ferons remarquer que dans les cas avancés on assiste, après l'intervention, à une

amélioration de la statisque générale corporelle, de même qu'au redressement des cyphoses dorsales compensatrices.

RÉSULTATS PSYCHIQUES

Il y a des femmes en proie au désespoir pour un petit défaut qui nous semble si peu important, que nous sommes tentés au premier abord de classer ces malades parmi les *imaginaires*. Et c'est dangereux d'agir ainsi à la légère, car à ces femmes dont le psychisme est atteint nous pouvons leur rendre un fier service par la correction du défaut; dans ces cas les conséquences de l'intervention seront encore plus heureuses du point de vue psychique que plastique; mais naturellement il faut que le défaut existe et que l'atteinte psychique ait suivi l'apparition de la disgrâce; il faut de toute nécessité savoir distinguer, pour s'abstenir, les cas où il s'agit de déséquilibrées qui ont cristallisé occasionnellement leur angoisse permanente sur un petit défaut. A celles-ci, l'opération même réussie ne profitera pas, une raison d'inquiétude encore pire naîtra au sujet de la cicatrice par exemple.

CONCLUSIONS

1. Avant toute intervention esthétique du sein, un examen minutieux s'impose pour dépister des contre-indications d'ordre général.

2. La chirurgie esthétique du sein dispose à l'heure actuelle de techniques diverses applicables à chaque cas particulier.

3. Un examen minutieux doit permettre au chirurgien :

- a) D'estimer l'importance du défaut en lui-même;
- b) D'apprécier le plus exactement que possible le résultat esthétique de l'intervention; en effet il ne faut pas que le remède soit pire que le mal;
- c) D'apprécier la technique de choix applicable à chaque cas particulier.

4. Dans certains cas où l'état psychique du sujet sera amélioré par l'intervention, celle-ci est indiquée, même pour des défauts peu importants.

5. Les prolapsus mammaires :

- a) *Au premier degré*, ne sont justiciables de l'intervention que dans les cas où ils ont retentit sur l'état

psychique. La *Mastoplastie et mastopexie par voie axillotomique* y donne d'assez bons résultats.

b) Au *deuxième degré*, ils sont bien corrigés par la *mastoplastie et mastopexie par incision sub-aréolaire verticale*.

Ce cas, comme le précédent, constituent des interventions simples et non dangereuses, et dans lesquelles l'anesthésie locale doit être employée.

c) *Prolapsus au troisième degré*, le procédé de choix qui lui est applicable c'est la *mastoplastie et mastopexie par transposition aréolo-mamelonnaire* (procédé dit de Morestin). Non seulement le résultat esthétique est bon, mais aussi on assiste à l'amélioration des douleurs que souvent accompagnent ces gros seins, de même qu'au redressement des cyphoses dorsales compensatrices, et parfois aussi à la stimulation de la fonction glandulaire.

d) *Prolapsus de quatrième degré*, cas dans lesquels la glande au point de vue physiologique n'a plus une grande valeur, la *mamectomie bilatérale totale, avec greffe aréolo-mamelonnaire* serait la méthode de choix chez les femmes mûres. Chez les femmes jeunes, le procédé dit de Morestin lui serait préférable tant que la fonction endocrine mammaire ne soit complètement élucidée.

5. *Atrophie des seins.*

6. Dans certains cas d'atrophie, la greffe grasseuse peut être employée. La prothèse par substance exogène (paraffine) doit être bannie.

7. Les interventions curatrices pour tumeurs bénignes, ainsi que l'incision des abcès profonds du sein, doivent tenir compte du facteur esthétique.

8. Les suites opératoires sont excellentes : en effet, l'opération faite dans beaucoup de cas à l'anesthésie locale ne comporte pas pour ainsi dire de risques; le résultat esthétique est satisfaisant si le chirurgien a pris les précautions indispensables, et c'est adressé à la technique que son expérience, et celle des autres, lui ont montré comme la meilleure pour chaque cas particulier.

9. La Chirurgie Plastique et Esthétique du sein, par les résultats salutaires, sociaux et moraux qu'elle entraîne, mérite une place dans l'ensemble des activités chirurgicales de notre époque. Ayant la valeur d'un remède sûr, par exemple chez certaines femmes dont la disgrâce locale a déclenché un déséquilibre mental du type obsessionnel, souvent sérieux, cette chirurgie est utile et légitime, et mérite la considération et non l'indifférence et les injustes critiques qu'elle a pu endurer jusqu'ici.

Vu : *Le Doyen*

G. ROUSSY.

Vu : *Le Président*

J.-L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

ANHAUSEN. -- Ueber Mammoplastik. (*Medizinische Klinik Wieu, Prag.*, Berlin, 22 sept. 1926).

BAUMGARTNER A. — Maladies de la mamelle 1913.

BOURGOIN. — Les possibilités de la Chirurgie Esthétique 1933.

CLAOUÉ. — A propos de la chirurgie Esthétique des seins. (*Soc. Anat. Clin. de Bordeaux. Séance du 7 décembre '931*).

DARTIGUES. — Suspension par axillotomie et mastopexie du prolongement mammaire axillaire dans le traitement du prolapsus mammaire au premier degré. (*Bull. Coc. de Médecine, Paris 1924, 23 février*).

DARTIGUES. — Mammectomie totale bilatérale pour hypertrophie et prolapsus mammaires (*Bull. Soc. de Méd. de Paris, 14 mars 1924*).

DARTIGUES. — Traitement chirurgical du prolapsus mammaire. Mastopexie par incision et résection cutanées verticales sub-aréolaires et par fixation gland-mammo-pectorale après décollement mammaire préalable. (*Bull. de la Soc. des Chir. de Paris, 4 avril 1924*).

DARTIGUES. — Chirurgie Esthétique du Sein. Traitement chirurgical du prolapsus mammaire. (*Médecine Internationale* n° 8, août 1924).

DARTIGUES. — L'inciseur circulaire pour découper l'aréole et le mamelon dans le procédé de transposition esthétique du sein. (*La Médecine Internationale Illustrée*, n° 7, juillet 1927).

DARTIGUES. — Mammectomie totale et autogreffe libre aréolo-mamelonnaire. Mammectomie bilatérale esthétique. (*Paris Chirurgical* n° 7, novembre 1928, page 216).

DARTIGUES. — Chirurgie esthétique mammaire. (*Monde Médical*, 1^{er} février 1928).

DARTIGUES. — Ablation des mamelles dans les énormes hypertrophies, mammectomie bilatérale totale esthétique avec auto-greffe préalable de l'aréole et du mamelon. (*La Médecine Internationale Illustrée*, janvier 1929).

DARTIGUES. — De la greffe autoplastique libre aréolo-mamelonnaire combinée à la mammectomie bilatérale totale. Les raisons de sa prise. (*Paris Chirurgical* n° 1, janvier-février 1929, p. 11).

DARTIGUES et LEYDIER. — Mammectomie totale, sa double indication opératoire thérapeutique et plastique. (*Rev. de Chir. Plast.*, n° 4 janvier 1932).

DUFOURMENTEL L. — Comment obtenir une forme satisfaisante dans les opérations de relèvement du sein par déplacement (*Bull. Méd.*, 12 mars 1932).

DUFOURMENTEL. — Indications et résultats des différentes méthodes de mastopexie. (*Le Bull. Méd.* n° 9, 27 février 1929, p. 247).

LAGARDE. — Chirurgie Esthétique du sein. (*Le Courrier Méd.*, 31 déc. 1930, p. 741).

LAGARDE M. — Chirurgie Esthétique du Sein. (*Paris Chirurgical* n° 5, juillet-août 1928, p. 143).

LOPEZ RUIZ R. — Dictionnaire de Médecine Française-Espagnol, Espagnol-Français. (Gauthier-Villars, éditeurs, 55, quai des Grands Augustins, Paris).

MALONIAK. — Ptose mammaire. Facteurs étiologiques et traitement chirurgical. (*Rev. de Chir. Plastique* n° 4, janvier 1932).

MEYER. — L'opération de l'hypertrophie mammaire et des seins pendants. (*Deut. Méd. Woch. Leip.* T. LVI, n° 28, 2 juill. 1930, p. 1166).

MORESTIN. — Autoplastie aux dépens de la mamelle. (*Gaz. des Hôp.* Paris 1901, LXXXIV, p. 561).

MORESTIN. — De l'autoplastie par déplacement du sein. (*Arch. Gén. de Méd. Paris* 1903, II, p. 2689-2698).

MORESTIN. — Autoplastie aux dépens de la mamelle du sein. (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris* 1903, N. S. XXIX, p. 561-575).

PASSOT R. — Atrophie mammaire réfection esthétique par la greffe graisseuse et épiploïque. (*La Pres. Méd.*, 7 mai 1930, n° 37).

Société scientifique française de Chirurgie Réparatrice, Plastique et Esthétique. — Congrès, Comptes rendus des séances 1930-1931. Norbert Maloine, Edit., Paris.

